



Traitement des TVP à la phase aiguë en 2012

Stéphane ZUILY

MCU-PH

Unité de Médecine Vasculaire – CHU de Nancy

Centre de compétence régional maladies vasculaires rares

Université de Lorraine – INSERM U961

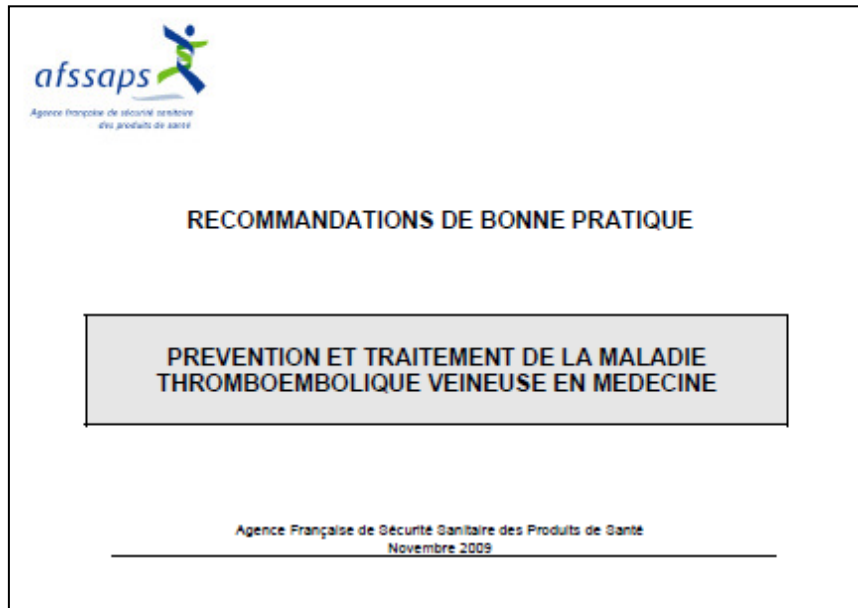
Risque cardiovasculaire, rigidité-fibrose et hypercoagulabilité

Lyon, Vendredi 14 Septembre 2012

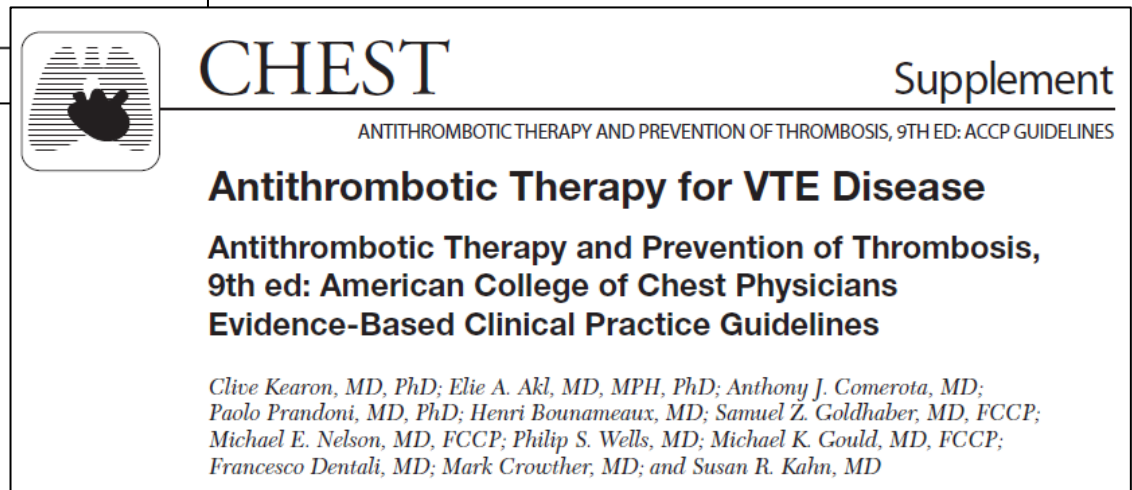
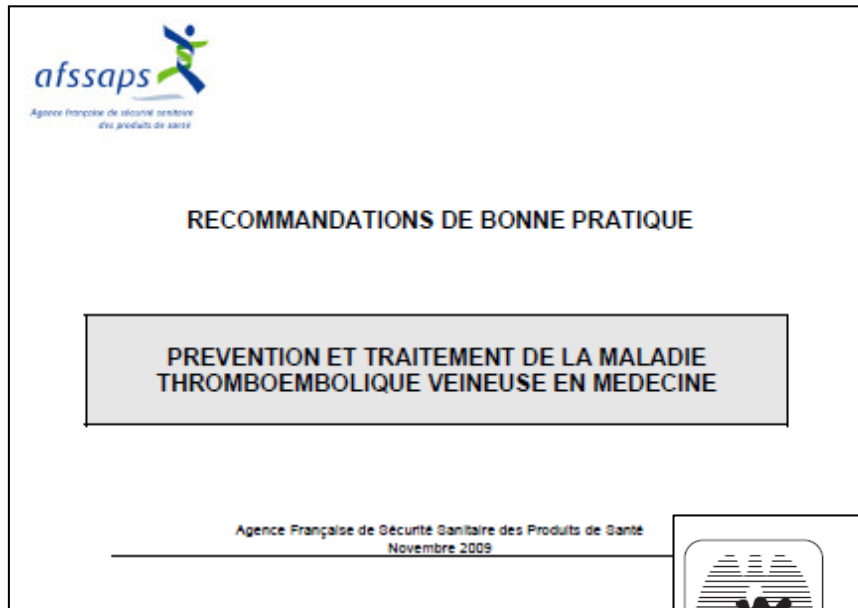
Liens d'intérêt

Aucun

Recommandations MTEV



Recommandations MTEV



5 Questions

- 1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?**
- 2- Quand initier le traitement ?**
- 3- Traitement ambulatoire ou hospitalier ?**
- 4- Faut-il traiter une TVP distale isolée ?**
- 5- Quid ? Filtre cave, alitement, compression,
TVP asymptomatique, TVP et cancer...**

1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?

HBPM, fondaparinux > HNF IV ou SC

- en cas de fonction rénale normale
- coût, habitude, disponibilité...
- commodité d'emploi
- absence d'adaptation de doses
- réduction du risque de TIH



1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?

HBPM, fondaparinux > HNF IV ou SC ou **rivaroxaban**

- en cas de fonction rénale normale
- coût, habitude, disponibilité...
- commodité d'emploi
- absence d'adaptation de doses
- réduction du risque de TIH



Nouveaux anticoagulants dans la MTEV

Voie orale

Dabigatran (Pradaxa®)



Rivaroxaban (Xarelto®)



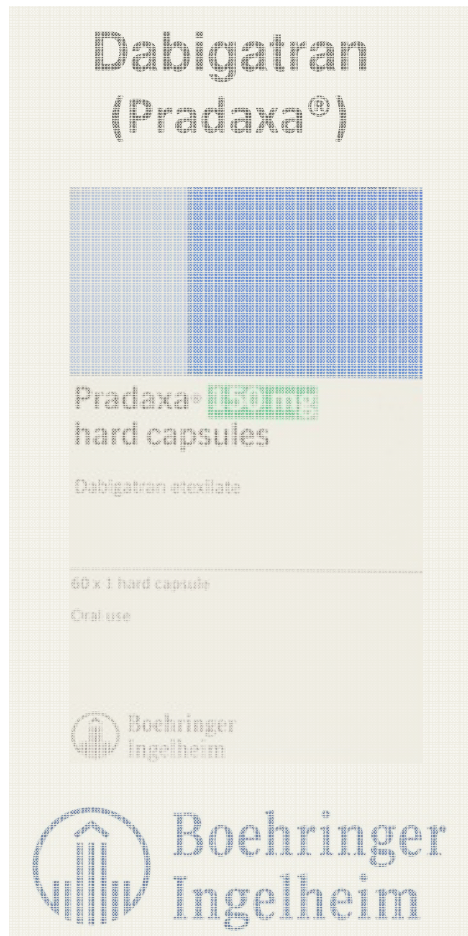
Apixaban (Eliquis®)



Nouveaux anticoagulants dans la MTEV

Voie orale

Dabigatran (Pradaxa®)



Rivaroxaban (Xarelto®)



Apixaban (Eliquis®)



Rivaroxaban (Xarelto®) dans la MTEV



Per os, comprimés 15 / 20 mg

Inhibiteur du facteur Xa, sélectif et réversible, composant de synthèse

Métabolisme hépatique (Cytochrome P450 3A4 et/ou P-gP)

Demie-vie 7-11h

Élimination rénale majoritairement (2/3)

**Pharmacocinétique linéaire, dose-dépendante et prévisible
Pas besoin de surveillance biologique de l'efficacité du traitement**

TVP phase aiguë



**Prévention secondaire de la MTEV
après TVP aiguë symptomatique**

Comparateur

Enoxaparine relayée par warfarine (INR entre 2 et 3)

**Étude de non-infériorité, randomisée, en ouvert
Population : 3449 patients**

Durée de traitement



3, 6 ou 12 mois de traitement

TVP phase aiguë




Prévention secondaire de la MTEV
après TVP aiguë symptomatique

Schéma thérapeutique

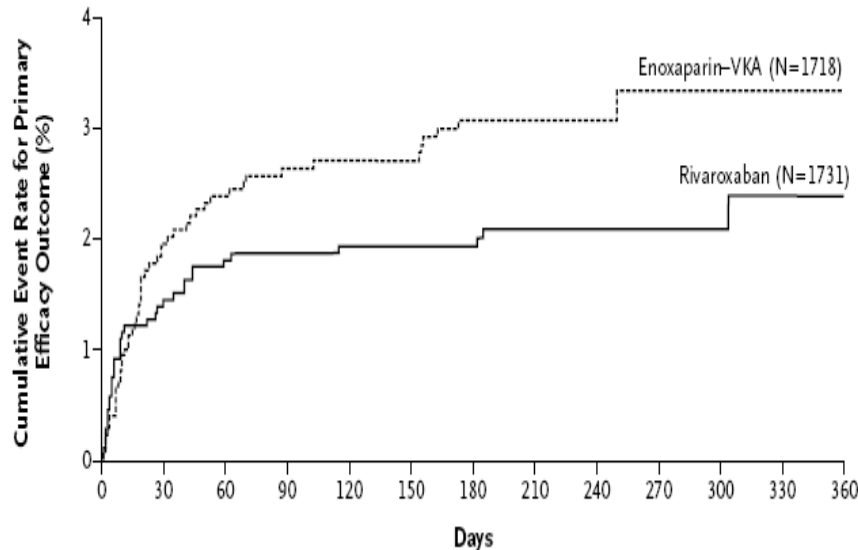
15 mg x 2/j pendant **21 j** matin  et soir 
4.97 €/jour

Calcul de la clairance de la créatininémie (Cockcroft-Gault)

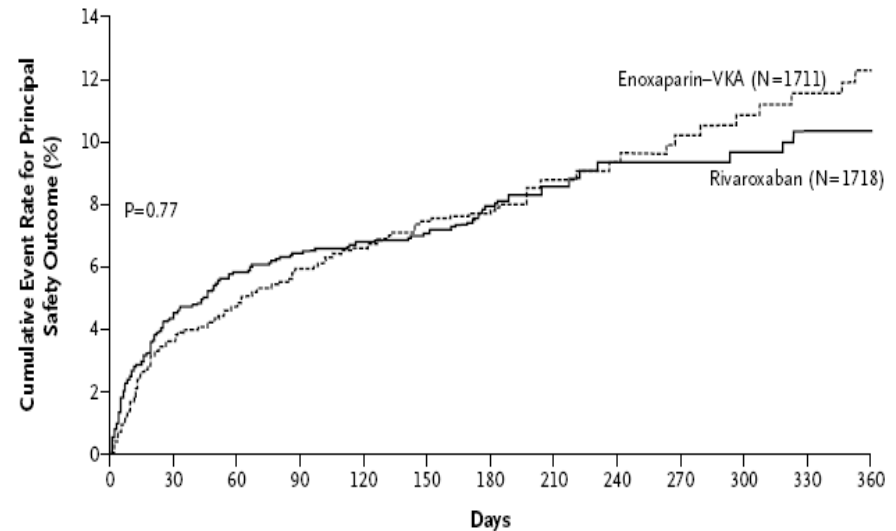
15 mg/j (30 à 49 mL/min) ou 20 mg/j (\geq 50 mL/min) 
2.54€/j à 2.69€/j

Pas d'héparine à l'initiation du traitement

TVP phase aiguë



Efficacité (TVP±EP)



Tolérance (hémorragie)

Rivaroxaban non-inférieur aux AVK sans surcroît hémorragique

A lire !



REPUBLIQUE FRANÇAISE

Point d'information

Avril 2012

Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban) dans la fibrillation auriculaire : ce qu'il faut savoir

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

Rapport thématique

Les anticoagulants en France en 2012 :

Etat des lieux et surveillance

Juillet 2012

2- Quand initier le traitement ?

2- Quand initier le traitement ?

Score de WELLS TVP

Caractéristique clinique	Score
Cancer actif	1
Paralysie, parésie ou plâtre des MI	1
Immobilisation récente > 3 jours ou chirurgie majeure < 4 semaines	1
Tension localisée sur trajet veineux profond	1
Tuméfaction de toute la jambe	1
Tuméfaction du mollet avec asymétrie > 3 cm entre les 2 jambes	1
Oedème prenant le godet	1
Circulation collatérale veineuse	1
Diagnostic alternatif \geq TVP	-2
Probabilité élevée (prévalence TVP > 75%)	>3
Probabilité moyenne (prévalence TVP : 17%)	1 à 2
Probabilité faible (prévalence TVP : 3%)	0 à 1

2- Quand initier le traitement ?

Score de WELLS TVP

Caractéristique clinique	Score						
Cancer actif	1						
Paralysie, parésie ou plâtre des MI	1						
Immobilisation récente > 3 jours ou chirurgie majeure < 4 semaines	1						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"><u>Proba forte</u></th> <th style="width: 33%;"><u>Proba moyenne</u></th> <th style="width: 33%;"><u>Proba faible</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>avant confirmation</td> <td>avant confirmation (si examens >4h)</td> <td>après confirmation (si examens <24h)</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Proba forte</u>	<u>Proba moyenne</u>	<u>Proba faible</u>	avant confirmation	avant confirmation (si examens >4h)	après confirmation (si examens <24h)	
<u>Proba forte</u>	<u>Proba moyenne</u>	<u>Proba faible</u>					
avant confirmation	avant confirmation (si examens >4h)	après confirmation (si examens <24h)					
Oedème prenant le godet	1						
Circulation collatérale veineuse	1						
Diagnostic alternatif \geq TVP	-2						
Probabilité élevée (prévalence TVP > 75%)	>3						
Probabilité moyenne (prévalence TVP : 17%)	1 à 2						
Probabilité faible (prévalence TVP : 3%)	0 à 1						

3- Ambulatoire ou hospitalisation ?

Traitement ambulatoire recommandé

Si les circonstances le permettent :

- **syndrome obstructif sévère, localisation ilio-cave, douleur,**
- **co-morbidités, risque hémorragique, insuffisance rénale,**
- **entourage, autonomie,**
- **facilité de déplacement pour un retour à l'hôpital si besoin**

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure



QUESTION N°1

Symptômes sévères ?
FdR d'extension ?

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?
FdR d'extension ?

Oui

Non

Traitement

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?
FdR d'extension ?

Oui

Non

ED 1x/sem. 2 sem.

QUESTION N°2

Extension prox. ou distale ?

Traitement

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?
FdR d'extension ?

Oui ← Non

ED 1x/sem. 2 sem.

QUESTION N°2

Extension prox. ou distale ?

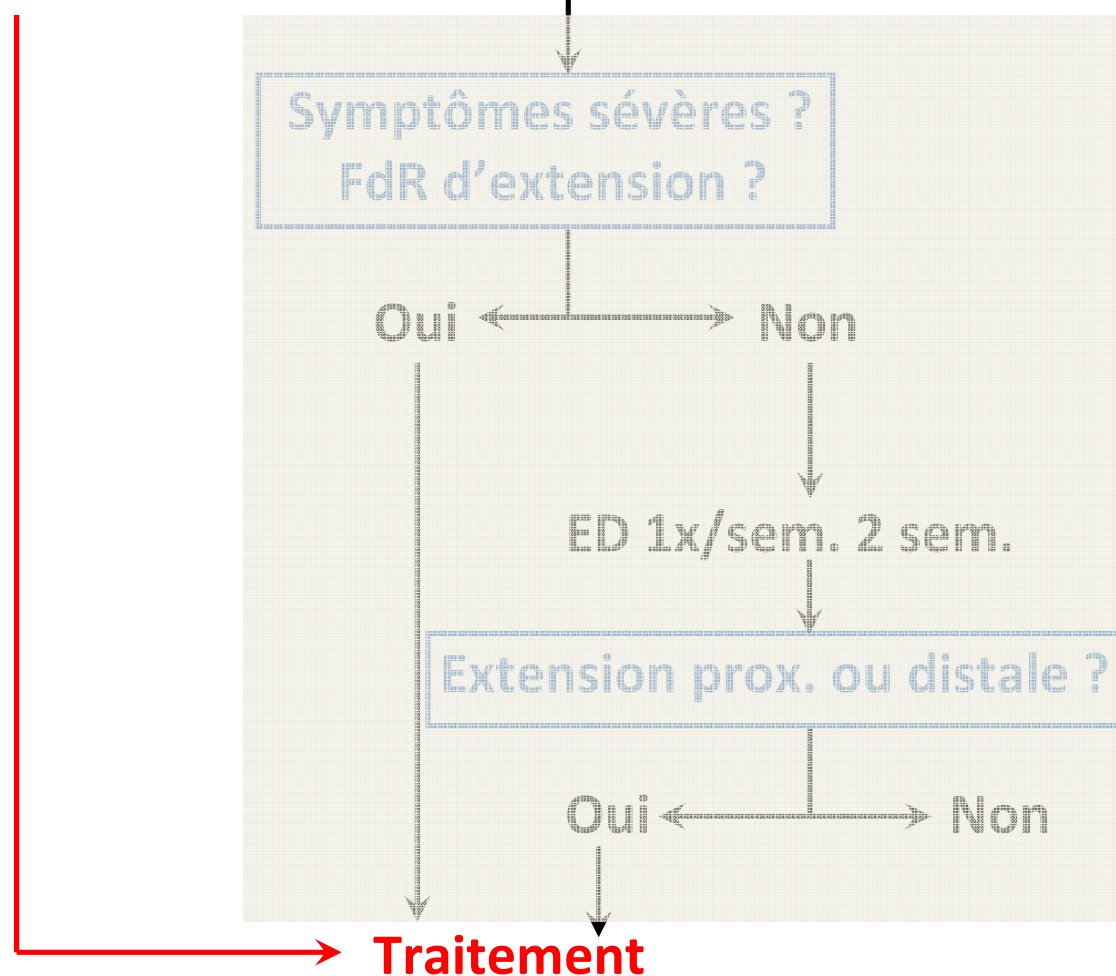
Oui ← Non

Traitement

∅ traitement

4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure



5- Quid ?

Filtre cave

- si CI formelle aux anticoagulants
- récurrence sous traitement bien conduit

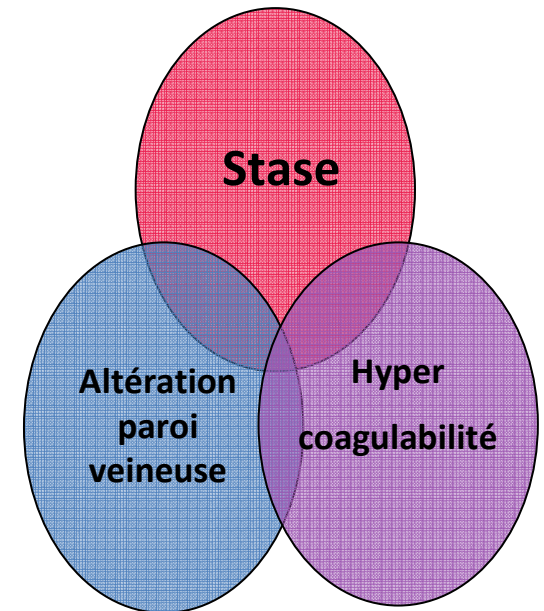
Pas d'alitement (sauf douleur/œdème+++)

Compression : 30-40 mmHg \geq 2 ans

TVP asymptomatique : mêmes modalités / symptomatique

TVP et cancer : préférer les HBPM

(Thrombolyse *in situ* ou systémique, thrombectomie)



Traitement de la TVP en 2012

Arrivée « des » nouveaux anticoagulants oraux

- respect des indications et précautions d'utilisation
- Eviter le mésusage → complications hémorragiques !
- Relais, antagonisation, péri-opératoire, influence bio, effets indésirables, interactions médicamenteuses...
- rapport bénéfice / risque (thrombose / hémorragie)
- surveillance accrue
- information du patient et du professionnel de santé

Traitement de la TVP en 2012

Arrivée « des » nouveaux anticoagulants oraux

- respect des **indications** et **précautions d'utilisation**
- Eviter le **mésusage** → complications hémorragiques !
- Relais, antagonisation, péri-opératoire, influence bio, effets indésirables, interactions médicamenteuses...
- rapport bénéfice / risque (thrombose / hémorragie)
- **surveillance** accrue
- **information** du patient et du professionnel de santé

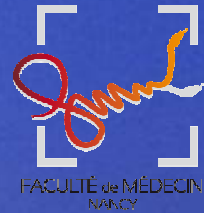
Traitement conventionnel

- HBPM/fondaparinux
- ambulatoire, pas d'alitement, bas de compression ≥ 2 ans

Merci de votre attention



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



Inserm
U961



s.zuily@chu-nancy.fr

Facteurs de risque d'extension

Clinique

Antécédent de MTEV

Cancer actif

FdR non réversibles

Biologie

D-dimères positifs

Echographie-doppler

Longueur du thrombus > 5 cm

Plusieurs veines atteintes

Diamètre max > 7 mm

Facteurs de risque hémorragiques

Clinique

Age > 75 ans
Antécédent hémorragique
Antécédent d'AVC
Diabète
Cancer ± métastatique

Biologie

Insuffisance rénale
Insuffisance hépatique
Anémie
Thrombocytopénie

Contexte

Chirurgie récente
Chutes fréquentes
Exogénose

Traitements

Antiplaquettaires
INR labiles

Risque faible (=0), modéré x2 (=1), élevé x8 (≥ 2)